استناد به این مقاله: اعتمادی، احمد؛ احمد برآبادی، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار گروهی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش ناحیه ۲ مشهد. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴ (۱)، ۱۱۴-۹۵

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار گروهی بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش ناحیه ۲ مشهد

احمد اعتمادی[1]، حسین احمد برآبادی[2]

دریافت:۱۳۹۱/۱۱/۸ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر رضایت زناشویی است. این تحقیق از نوع نیمه تجربی همراه با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و با گروه گواه است. ۱۴ زوج که تعارضات زناشویی داشتند با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایشی جایگزین شدند. یک هفته پس از تکمیل پرسشنامه رضایت زناشویی *ENRICH* جلسات درمانی بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. زوجین گروه آزمایشی در ۲۰ جلسه درمان ۲ ساعته زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار شرکت کردند. یک هفته پس از خاتمه‌ی جلسات درمانی، زوجین هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های مذکور را تکمیل کردند. نتایج تحقیق با استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان داد، بین دو گروه (آزمایش و گواه) اختلاف معناداری وجود دارد؛ بنابراین نتایج آماری حاکی از این است که زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار تأثیر معناداری بر رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه داشته است.

کلیدواژه ها: زوج‌درمانی، زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار، رضایت زناشویی

[1]. دانشیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی، ahmad_etemadi@yaho.com

[2]. استادیار گروه مشاوره دانشگاه بجنورد، brabadihossiena@yahoo.com

مقدمه

رضـایت زناشـویی[۱] بـه‌عنوان میـزان ادراک زوج از اینکـه شریکشـان نیازهـا و تمـایلات آن‌هـا را برآورده می‌کند تعریف می‌شود (Burpee & Langer, 2005; Peleg, 2008). این‌گونه به نظر می‌رسد کـه رضایت زناشویی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با پایدار بودن واحد خانواده و کیفیت بهتـر زنـدگی رابطـه داشته باشد درحالی‌که مشخص‌شده است نارضایتی از ازدواج به استرس، اضـطراب و حتـی انحـلال واحـد خانواده منجر می‌گردد (Shackelford, Besser, & Goetz, 2008). تحقیقات زیادی از این گزاره حمایت کرده‌اند که روابط رضایت‌بخش زوج، سلامت روانی و جسمانی آن‌ها را بهبود می‌بخشـد (Feeny, 2002). از بین تمام حوزه‌های زنـدگی شـاید ازدواج و روابـط خـانوادگی پایـدارترین چالش‌هـای هیجـانی هسـتند (Mirgain & Cordova, 2007) درنتیجه تعجب‌آور نیست که مطالعات نظری و تجربی گونـاگون عـواملی که منجر به رضایت از رابطه‌های صمیمانه و نزدیک می‌گردد را موردبررسی قرار داده‌اند.

به اعتقاد Markman و Floyd (۲۰۰۲) اغلب افرادی که ازدواج می‌کننـد، در آغـاز زنـدگی دارای سطح بالایی از رضایت زناشویی هستند، امـا عـلاوه برافـت تـدریجی کـه باگذشـت زمـان در رضـایتمندی زناشویی رخ می‌دهد، در همان هفته‌ها و ماه‌های اول ازدواج مشکل جدی رخ می‌دهد کـه اگـر حـل نشـود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه‌ی زناشویی را تهدید کند. Goldenberg (۲۰۰۴) نابسامانی زناشویی و طلاق را بعد از مرگ ناگهانی در خانواده از مهم‌ترین عوامل تنیدگی زا می‌داند.

پژوهش‌های برومن در بررسی‌های رضایتمندی زناشویی در سال ۲۰۰۰ نشان داد که چهـارپنجم از متأهلین میشیگان[۲] از ازدواجشان رضایت دارند و ۷۹٪ از پاسخ‌دهندگان رضایت بسیار بالایی از ازدواجشان را نشان دادند و تقریباً تمام زوجین رضایت زناشویی بالایی را در اوایل زندگی‌شان گـزارش می‌دادنـد، امـا در بسیاری از ازدواج‌ها، علائم نارضایتی در چنـد سـال اول زنـدگی ریشـه دوانـده بـود (Halford, 2003). کاهش رضامندی زناشویی با خطر بالای جدایی همراه است مخصوصاً اگر خطر پرخاشگری فیزیکـی بـین زوجین وجود داشته باشد. خلاصه این‌که بـالغبر ۴۰٪ مراجعـان بهداشـت روانـی، درگیـر مشـکل زناشـویی هستند (Donovan, 2003).

اکثر زوجین رضایتمند معتقدند احتمال اینکه روزی طلاق بگیرند صفر است اما در بین افرادی کـه رضایت زناشویی بالایی را گزارش کرده‌انـد، ۴۰٪ گـزارش داده‌انـد کـه گـاهی بـه تـرک همسرشـان فکـر کرده‌اند (Halford, 2003). بنابراین به نظر می‌رسد حتی در بـین زوجـین رضـایتمند هـم مشـکل بـه وجـود

1. Marital satisfaction
۲. Michigan

می‌آید و همه‌ی این‌ها به خاطر این است که آشفتگی رابطه یک مشکل عمومی در اکثر جوامع غربی و ایران است. بر این اساس لازم است تحقیقات کاربردی زوج‌درمانی و راهکارهایی برای افزایش رضایت زناشویی و کاهش تعارضات و ناسازگاری صورت گیرد تا در آینده از پیامدهای نامطلوب روانی اجتماعی طلاق و ناسازگاری زناشویی بر روی خانواده‌های ایرانی و فرزندان آن‌ها پیشگیری گرد.

طرفداران زوج‌درمانی هیجان مدار (EFT[1]) به دلبستگی به‌عنوان یک نظریه که به‌خوبی با روابط عاشقانه‌ی بزرگ‌سالی انطباق داده‌شده می‌نگرند. Hazan و Shaver (۱۹۸۷) استدلال کرده‌اند که روابط عاشقانه را می‌توان به‌عنوان یک فرایند دلبستگی مفهوم‌سازی کرد. دلبستگی به‌عنوان یکی از سازه‌های تحولی- شخصیتی سهم بسزایی در شکل‌گیری الگوهای ارتباطی بزرگ‌سالی دارد. مطابق نظریه بالبی، انسان با یک سیستم روانی- زیستی به نام سیستم رفتار دلبستگی متولد می‌شود. این سیستم، ارزش انطباقی داشته و فرد را به حفظ نزدیکی و هم‌جواری با افراد مهم زندگی یا تصاویر دلبستگی- کسانی که کودک می‌تواند در موقعیت‌های تهدیدآمیز نزدیک آن‌ها بماند تا شانس او برای سازش یافتگی و بقا افزایش یابد- سوق می‌دهد. هدف این سیستم در کودک، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت واقعی یا ادراک‌شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دلبستگی است (Ainsworth, 1989; Hazan, & Shaver, 1994).

نظریه دلبستگی چهارچوب مناسبی را فراهم می‌کند که به فهم بهتر روابط زناشویی و شیوه‌های مقابله با تعارض زوج‌ها کمک می‌کند (Crowleyh, 2006). پژوهش‌ها نشان داده است که دلبستگی مفهوم مهمی در مطالعه و درک شیوه‌های ارتباط زوج‌هاست (Hazan & Shaver1987; Crowleyh, 2006; Berman, Marc, & Berman, 1994). دلبستگی بزرگ‌سالان به‌عنوان رابطه‌ای دوبه‌دو و متقابل تعریف می‌شود که در آن هم‌جواری با یک شخص خاص ترجیح داده‌شده و به دستیابی به احساس ایمنی منجر می‌گردد (Berman, Marc, & Berman, 1994.).

در روابطی که یکی از حالت‌های دلبستگی وجود دارد این تحریک می‌تواند موقعیتی به وجود آورد که به عدم اعتماد در روابط زناشویی منجر شود یا شرایطی به وجود آورد که در یک رابطه حمایتی متقابل موجب همکاری و تعامل بیشتر شود و یا به تغییر و اصلاح باورها و احساسات فعلی فرد در مورد رابطه کنونی‌اش بینجامد (Crowleyh, 2006). زوج‌ها بیشتر در روابط زناشویی خود از زنجیره‌ای از تعاملات و الگوهای ارتباطی پیروی می‌کنند که این الگوها در موقعیت‌های تنش‌زا هم می‌توانند به‌صورت مثبت و فعال و کارکردی عمل نمایند و رابطه زناشویی را ارتقاء داده و غنی‌تر کنند و هم می‌توانند به

[1]. Emotional Focused Therapy

تنش‌های ارتباطی و تعارضات زناشویی منجر شوند. اینکه در مواجهه با مسائل، کدام حالت رخ می‌دهد بستگی به نحوه پاسخگویی و واکنش زوج به موقعیت دارد و متأثر از الگوهای و سبک‌های دل‌بستگی است (Creasey, 2002; Dewitte & Houwer, 2008).

EFT یک رویکرد ساختاریافته‌ی کوتاه‌مدت (تقریباً بین ۲۰-۸ جلسه) در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی است که بر پایه‌ی مفاهیم واضح و روشن از ناراحتی‌های زناشویی و عشق بزرگ‌سالی بنانهاده شده است (Johnson, & Greenberg, 1985a).

مفروضه‌های اساسی این رویکرد عبارت‌اند از:

۱. مشکلات در روابط، توسط شیوه‌ای که تعاملات سازمان‌دهی می‌شوند و توسط تجربیات هیجانی افرادی که در یک رابطه هستند به وجود می‌آید واداده پیدا می‌کند.
۲. امنیت پیوندهای یک ازدواج توسط در دسترس بودن، پاسخگو بودن و آمیزش عاطفی[1] ایجاد می‌شود. این عوامل باعث توجه کردن زوجین به نیازهای درونی برای ارتباط داشتن، حمایت کردن و امنیت (نیاز به دل‌بستگی) می‌شود. اغلب جوهره‌ی تعارضات زناشویی مرتبط با این پرسش است که «این پیوندها دقیقاً چگونه ایمن می‌شود؟».
۳. هیجان در سازمان‌دهی رفتارهای دل‌بستگی و سازمان‌دهی روشی که در آن خود و دیگران تجربه می‌شوند بسیار مهم است. هیجان وسیله‌ای در معنا دادن به ادراکات است؛ همچنین یک عامل تعیین‌کننده در زناشویی درمانی است. ایجاد تجربیات هیجانی جدید می‌تواند مهم‌ترین عامل در تغییر بین فردی و درون روانی باشد، که به ایجاد یک پیوند جدید بین زوجین منجر می‌شود.
۴. داشتن نیازها و تمایلات دل‌بستگی به‌خودی‌خود یک تمایل سالم و انطباقی است. مشکلات در روابط زمانی به وجود می‌آید که چنین نیازها و تمایلاتی خود را در یک زمینه‌ی ناامن ادراک‌شده نشان دهند. تأیید و شناخت این نیاز یک جنبه ضروری از EFT است.
۵. تغییر در EFT با دستیابی و پردازش دوباره‌ی تجربیات هیجانی مرتبط است. برای اینکه تعاملات جدید اتفاق افتد و زوج‌ها موقعیت خود را اصلاح کنند، ایجاد تجربیات هیجانی جدید ضرورت

۱. emtional engagement

دارد. تغییر EFT در طی هیچ‌یک از فرایندهای پالایش[۱]، بینش[۲] و مذاکره[۳] اتفـاق نمی‌افتـد بلکـه در طی تجارب هیجانی جدید و وقایع تعاملی تازه به وجود می‌آید.

۶. مدل EFT آشفتگی‌های زناشویی را به‌عنوان چیزی می‌بینند که عاطفه منفی را جذب می‌کند. این عاطفه‌ی همزمان الگوهای تعاملی را انعکاس می‌دهد و تقویت می‌کند. این تعاملات هم خشـک و هم محدودشده هستند. این الگوها درگیری هیجانی سالم را غیـرممکن می‌سـازند، چیـزی کـه برای ایجاد پیوندهای ایمن بسیار ضروری است.

به دنبال این مفاهیم و مفروضه‌ها، می‌توان اهداف EFT را چنین بیان کرد:

الف) سازمان‌دهی مجدد و افزودن بر پاسخ‌های هیجانی کلیدی،

ب) ایجاد تغییر در موقعیت‌های تعاملی زوجین،

ج) پرورش پیوند ایمن بین زن و شوهر (Johnson, 2004).

از دیـدگاه EFT، اسـترس‌های زناشـویی توسـط حالت‌هـای فراگیـر عاطفـه منفـی[۴] و ناامنی‌هـای دل‌بستگی ایجاد می‌شوند و ادامه پیدا می‌کنند. این عواطف الگوهای خشک[۵] و محدودشده‌ای[۶] از تعاملات را برمی‌انگیزند، چیزی مانند: تو انتقاد می‌کنـی، مـن کنـار می‌کشـم. یـک آسـیب دل‌بسـتگی زمـانی اتفـاق می‌افتد که یکی از دو طرف انتظاراتی را که دیگری برای آرامش[۷] و مراقبت[۸] دارد نقـض می‌کنـد. آسـیب دل‌بستگی با کنار کشیدن یا حضور نداشتن در لحظات نیاز مبـرم مشـخص می‌شـود. ایـن واقعـه‌ی آسـیب‌زا رابطه را ناامن می‌کند و این ناامنی به یک سری چرخه‌های تعامل منفی بین زوجین منجر می‌شود که اگر به آن توجه نشود، می‌تواند باعث افزایش تنش‌های زناشویی بسیار شدید شود (Johnson, 2004).

مطابق با دیدگاه EFT روابط ایجادشده بین عشـاق و همسـران یـک رابطـه‌ی دل‌بسـتگی اسـت، بـا همان خصوصیاتی که بالبی تشریح کرده است. یعنی این روابـط پیونـدهای عـاطفی مـداومی هسـتند کـه بـا «پویایی‌های هیجانی پیچیده» مشخص می‌شوند. بالبی معتقـد بـود «نظریـه‌ی دل‌بسـتگی» فقـط نظریـه تحـول

---

۱. catharsis
۲. insight
۳. negotiation
۴. negative affect
۵. rigid
۶. constricted
۷. comfort
۸. caring

کودک نیست بلکه نظریه تحول در «گستره‌ی حیات» نیز هست (Mazaheri, 2000). دل‌بستگی بزرگ‌سالان در جنبه‌های اساسی و مهم، مشابه دل‌بستگی است که کودکان نسبت به مراقب اصلی خوددارند. این پیوند- درست مثل آنچه در کودکان وجود دارد- تنها در روابطی ظاهر می‌شود که اهمیت هیجانی بسیار زیاد و محوری دارند. این دل‌بستگی در بزرگ‌سالان نتیجه‌ی عملکرد نظام هیجانی مشابه با دل‌بستگی در کودکان است، اگرچه در جریان تحول جرح‌وتعدیل شده است. دل‌بستگی ایمن در روابط همسران با روابطی که دوسویه و پرمحبت است و جایی که هر دو نفر احساس صمیمیت و امنیت دارند، مشخص می‌شود (Johnson, Makinen, & Millikin, 2001). نظریه‌ی EFT مدعی است که پیوند دل‌بستگی ایمن در زوج‌ها با در دسترس بودن و پاسخگو بودن ایجاد می‌شود. (Johnson, 2004). دسترسی به این معناست که زن یا شوهر زمانی که عضو دیگر این مجموعه‌ی دوتایی، علائمی از آشفتگی را بروز می‌دهد، ازنظر هیجانی و جسمی در دسترس باشد. زمانی که یکی از دو طرف غیر پاسخگو و غیرقابل‌دسترس به نیازهای روانی و فیزیکی دیگری است، دل‌بستگی ناایمن به وجود می‌آید. آسیب‌های دل‌بستگی به‌خصوص در لحظه‌های بحرانی احتیاج داشتن و زمانی که یک فرد آسیب‌پذیر است، اتفاق می‌افتد. فرد مضطرب بارها تلاش می‌کند نیازهای روانی‌اش را از طریق نزدیک شدن به همسرش برآورده سازد ولی همسرش از این تلاش و درخواست‌های مکرر او آزرده می‌شود (Johnson & Whifen, 1999).

در فرایند EFT، هیجانات پردازش و تنظیم می‌شوند تا درنتیجه به پاسخ‌های سازگارتری تبدیل شوند، پاسخ‌های هیجانی محدودشده یا طاقت‌فرسا می‌توانند در یک محیط امن درمانی به شکلی واضح بروز پیدا کنند. همچنین هیجان وسیله‌ای است که توسط درمانگر برای ایجاد تغییر در زوج‌ها به‌کاربرده می‌شود. هیجانات به فرد این فرصت را می‌دهند که درونی‌ترین جنبه‌های خود را برای هر چیز خارج از خود بیان کند (Greenberg & Pavio, 1997). برای مثال، زمانی که یک فرد بتواند برای خود و دیگری وحشتی را که در طی یک تماس فیزیکی احساس می‌کند بروز دهد، این حالت رفتار دلسوزانه و آرامش‌دهنده همسرش را برمی‌انگیزد و به تجارب هیجانی شفابخش اجازه وقوع در رابطه‌ی حاضر را می‌دهد که موجب کاهش و تغییر ماهیت پاسخ وحشت‌زدگی می‌شود.

تجربه و بیان هیجانات اولیه، زیربنای تعامل است. هیجان‌های متفاوتی ممکن است توسط هیجان ثانویه‌ی مشابهی ابرازشده و موجب تعارض یا سردرگمی فرد یا همسرش شود. برای مثال، خشم اصولاً یک هیجان ثانویه است (Johnson, 2004)، بااین‌حال هیجانات اولیه‌ی زیادی مانند ترس، آسیب، بی‌اعتمادی و شرم ممکن است توسط خشم ابراز شوند. بروز هیجان ثانویه می‌تواند منجر به الگوهای

تعاملی منفی و قابل‌شناسایی توسط چرخه‌هایی مانند فاصله- تعقیب یا سرزنشگری- کناره‌گیری شود (Johnson & Greenberg, 1994). اگرچه در درمان اغلب با انعکاس پاسخ‌های ثانویه که زوجین برحسب عادت آن‌ها را به‌عنوان بخشی از چرخه‌ی آشفته نشان می‌دهند، آغاز می‌شود، اما این پاسخ‌های هیجانی اولیه است که مورد غفلت قرارگرفته و درمانگر EFT روی آن‌ها تمرکز می‌کند.

EFT؛ رویکرد تجربی[۱] و سیستمی و عوامل درون روانی و بین فردی را با یکدیگر ترکیب کرده است. EFT را با توجه به این موارد می‌توان یک رویکرد دستگاهی دانست: EFT روی قدرت بافت[۲] تأکید می‌کند. رفتار هر یک از زوجین در این بافت به‌عنوان پاسخی به رفتار دیگری دیده می‌شود. هر یک از زوجین، با توجه به احساسی که دارند به‌طرف مقابل پاسخ می‌دهند، بدون اینکه واقعاً نسبت به علت پاسخ خود، آگاهی داشته باشند. در یک رابطه‌ی آشفته کناره‌گیری و عدم پاسخ‌دهی به‌طور معکوس موجب انتقاد و تقاضاهای مفرط می‌شود. EFT همچنین روی علیت حلقوی تمرکز می‌کند. این عامل موجب می‌شود، بفهمیم عناصر یک رابطه چگونه متقابلاً یکدیگر را تعیین می‌کنند. ساختار و فرایند یک تعامل است که الگوی تعاملات را تعیین می‌کند. میزان نزدیکی- فاصله و سلطه‌گری نیز به همین واسطه تعیین می‌شود. چرخه‌ی تعاملی منفی خشک، عامل اولیه در بدتر شدن رابطه است و باعث به وجود آمدن روابط زوجی آشفته می‌شود (Johnson, 2004).

از یک نگاه دیگر، EFT یک رویکرد تجربیاتی است. افزایش حساسیت، بیان احساسات، خودانگیختگی و خلاقیت (یا تجربه غیرعقلانی) و صداقت ازجمله اهداف رایج در این رویکرد است. تمامی درمانگرهایی که با رویکرد تجربی به درمان می‌پردازند، بر تقدم تجربه نسبت به تفکر عقلانی و به‌ویژه توجیه عقلی صحه می‌گذارند. درنتیجه، آن‌ها اشخاصی فعال و غالباً خود فاش کننده‌اند که احتمالاً برای کمک به درمان‌جو جهت نیل هر چه بیشتر به احساسات، حس‌ها، تخیلات و تجارب درونی شخصی‌شان از فنون و روش‌های تحریک‌کننده مختلفی استفاده می‌کنند. درمان‌جو در طول درمان تشویق می‌شود تا نسبت به اینجا و اکنون و تجارب فعلی زندگی‌اش حساس باشد؛ انکار تکانه‌ها و فرونشانی عواطف، اموری ناکارآمد و مانع رشد تلقی می‌شوند. فرض اساسی رویکرد مزبور آن است که خانواده درنتیجه‌ی تجارب عاطفی یا هیجانی خود تغییر می‌کند نه از راه آموزش. فرآیند یعنی، آنچه در خلال جلسات خانواده‌درمانی رخ می‌دهد و نحوه‌ی تجربه احساسات، بیان آسیب‌پذیری‌ها و در میان گذاشتن

۱. experiential

۲. context

افکار سانسور نشده توسط هرکدام از شرکت‌کنندگان (ازجمله خود درمانگر) نقطه‌ی ثقل درمان به شمار می‌آید (Goldenberg & Goldenberg, 2000).

Johnson (۲۰۰۴) فرآیند تغییر در رویکرد EFT را در سه مرحله طبقه‌بندی کرده است، که درمجموع شامل ۹ گام است. در این بخش اهداف هر گام به‌اختصار توضیح داده می‌شود. این گام‌های درمانی در یک مجموعه به شیوه‌ای خطی اتفاق نمی‌افتد، بلکه هر گام با گام یا گام‌های بعدی ترکیب می‌شود. برای مثال، درمانگر EFT دسترسی به هیجان را در طی فرایند مراحل ۴ تا ۹ بر پایه‌ی چهارچوبی که در گام ۳ (زمانی که هیجانات بنیادی برای بار اول در دسترس قرار می‌گیرند) ساخته است، ادامه خواهد داد. بعداً این گام با گام ۵، جایی که چنین هیجاناتی کامل‌تر بیان می‌شوند و به شیوه‌ای که هر فرد خود و دیگری را در رابطه می‌بیند، مرتبط می‌شود. در گام ۷، این تجربیات هیجانی پایه بیان نیازها و خواسته‌ها را شکل می‌دهد.

مرحله اول: تشنج‌زدایی از چرخه[۱]

گام ۱: شرح موضوعات تعارض. در این گام ابتدایی،EFT روی درگیری‌های اصلی که زوجین را به جلسه‌ی درمانی آورده است، متمرکز می‌شود. این تعارض می‌تواند شامل مشاجرات دائمی، تغییر یکی از زوجین که دیگری را ناراحت می‌کند و غیبت دائمی یک نفر باشد. برای مثال، زمانی که تغییر در یک نفر اتفاق می‌افتد، مانند افسردگی پس از زایمان، شوهر می‌تواند با نوزاد ارتباط برقرار کند اما ممکن است برای مدیریت تغییراتی که در همسرش اتفاق افتاده است آماده نباشد.

گام ۲: شناسایی چرخه‌ی تعاملی منفی که زوجین را در آشفتگی نگه می‌دارد و مانع پیوند ایمن می‌شود. ادراک زن از مشکل حاضر ممکن است برای مثال این باشد که، شوهر ساعت‌های طولانی کار می‌کند، درحالی‌که شوهر می‌گوید او ساعت‌های طولانی کار می‌کند تا شکایت‌های همسرش را نشنود. این پدیده چرخه نامیده می‌شود. زیرا، زمانی که چرخه درحرکت است، مشکل است که عمل یک نفر را از دیگری تشخیص داد و جدا کرد.

گام ۳: دستیابی به هیجانات شناسایی نشده که پایه و اساس موقعیت‌های تعاملی است. EFT هیجانات را به دوطبقه‌ی اولیه و ثانویه تقسیم می‌کند. در طی زمان،هیجانات ثانویه که شامل خشم، ناامیدی و دیگر هیجاناتی که واکنشی به هیجانات اولیه هستند، تخلیه می‌شوند. هیجانات اولیه در حیطه‌ی عمیق‌تری قرار

---

۱. cycle dc-escalation

دارند. درمانگر EFT، مراجع را تشویق به ابراز هیجانات می‌کند و حسی از پذیرش نسبت به احساسات و هیجانات موجود در تعارض ایجاد می‌کند.

گام ۴: دوباره شکل‌دهی مشکل برحسب احساسات بنیادی[1] و نیازهای دلبستگی. همچنان که مراجعین چرخه‌ی تعاملی و عمق هیجانات را توصیف می‌کنند، درمانگر EFT مشکل را برحسب هیجانات اولیه و اینکه چگونه هیجانات بر احساسات و میزان دلبستگی آن‌ها اثر می‌گذارد، تعریف می‌کند. نیازهای دلبستگی در قلب EFT هستند و هدف هر یک از همسران این است که این نیازها توسط همسرش دیده و تصدیق شود. برای مثال، درمانگر EFT ممکن است خشم را تنهایی شدیدی که فرد احساس می‌کند، ترجمه کند.

مرحله دوم: تغییر موقعیت‌های تعاملی[2]

گام ۵: افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده. در این گام، مراجع باید به هیجانات اولیه که ممکن است ترس، تنهایی و یا ناراحتی باشد دست‌یافته و با این جنبه‌های وجود خود ارتباط برقرار کند.

گام ۶: افزایش پذیرش تجربه‌های همسر و راه‌های جدید تعامل. در این گام تأکید بر روی اینجا و اکنون است. در این لحظه مراجع خودش و دیگری را آن‌گونه که هستند تجربه می‌کند. این وضعیت درمانی می‌تواند الگویی برای وی باشد که احساسی از تصدیق خود منحصربه‌فردش داشته باشد، بدون اینکه راجع به عقیده و ارزش خود قضاوت کند.

گام ۷: تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی. ایجاد و درگیری هیجانی چالش‌برانگیزترین جنبه از درمان EFT است. تجربه‌ی کامل این درگیری صداقت بسیار از طرف زن و شوهر و صبر بسیار از طرف درمانگر را می‌خواهد.

مرحله سوم: ادغام و یکپارچه‌سازی[3]

گام ۸: تسهیل بروز راه‌حل‌های جدید برای موضوعات و مشکلات قدیمی. زن و شوهر مجدداً جنبه‌هایی از رابطه‌ی خود را به شیوه‌ای که درجات بالاتری از کارایی را دارد، تجربه می‌کنند. چون رابطه توسط هر دو نفر دوباره تعریف‌شده، احتمال حل مسائل روزانه آسان‌تر از گذشته می‌شود.

1. underlying feeling
۲. changing interactional positions
3. consolidation and integration

گام ۹: یکپارچه‌سازی موقعیت‌های جدیدی که زوجین نسبت به یکدیگر به دست آوردند. این گام می‌تواند شامل توضیح تعاملات معمول روزانه باشد که ممکن است لازم باشد مجدداً با درمانگر مرور شود.

Gurman و Frankle (۲۰۰۲) EFT را به‌عنوان یکی از سه مدل غالب درزمینه‌ی زوج‌درمانی از اوایل ۱۹۸۰ معرفی کرده‌اند. آن‌ها EFT را دارای پایه‌ی تجربی قوی و تلاش‌های مستمر بنیان‌گذار آن برای پالایش مفاهیم و تکنیک‌ها، دانسته‌اند.

در اولین مطالعه‌ی اثربخشی (Johnson, & Greenberg, 1985) گروه‌هایی که روی آن‌ها EFT و مداخلات شناختی رفتاری اجراشده بود با گروه کنترل مقایسه شدند. یافته‌ها نشان داد که نتایج هر دو گروه‌درمانی برتر از گروه کنترل بود و EFT در افزایش سازگاری زناشویی در پس‌آزمون، از درمان شناختی رفتاری برتر بود.

Goldman و Greenberg(۱۹۹۲) سه گروه EFT، یک درمان دستگاهی یکپارچه نگر (IST[1]) و یک گروه کنترل را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج نشان داد که EFT و IST به‌طور مساوی در اصطلاح سازگاری زناشویی مؤثر و برتر از گروه کنترل بودند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات EFT علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (Dessaulles, 1991; Macphee, Johnson, & van Der Veer، Walker.(1995 و Manion ،Johnson، Cloutier (۱۹۹۶) EFT را بر روی زوجینی که به علت داشتن فرزندی با بیماری‌های مزمن تحت‌فشار بودند، به کاربردند. مقایسه‌ی دو گروه EFT و کنترل، اثربخشی این رویکرد و افزایش سازگاری زناشویی در پس‌آزمون را نشان داد. این اثر در یک پی گیری پنج‌ماهه باقی ماند. شواهد اولیه نشان می‌دهد که مداخلات EFT نه‌تنها باعث بهبود در روابط زن و شوهر می‌شود، بلکه یک محیط شفابخش ایجاد می‌کند که به بازماندگان تروما اجازه می‌دهد که به‌طور مؤثرتری به علائمی نظیر صحنه‌های بازگشت به گذشته بی‌حسی هیجانی[2] مقابل کنند (Johnson, & Williams- keeler, 1998). Priest(۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان «درمان هیجان مدار به‌عنوان درمان برای زوج‌های دارای اختلال اضطراب فراگیر و پریشانی ارتباطی» به این نتیجه دست‌یافت که درمان هیجان مدار، اختلال‌های اضطرابی و پریشانی ارتباطی زوج‌ها را به‌طور معنی‌داری کاهش داد و ارتباط عاطفی مثبت در بین آن‌ها رشد کرد.

1. integrated Systemic Therapy
2. emotional numbing

ضیاءالحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۲۰۱۲) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی» به این نتیجه درست یافتند که زوج‌درمانی هیجان مدار سازگاری زناشویی زوجین را در پایان درمان افزایش داد، اما تداوم اثر آن در طول درمان تأیید نشد.

نتایج تحقیق حسن‌آبادی، مجرد و سلطانی فر (۲۰۱۱) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج» نشان داد که رویکرد درمان هیجان مدار تأثیر مهمی در بهبود سازگاری زناشویی و احساس‌های مثبت نسبت به همسر در افراد دارای روابط خارج از ازدواج داشته است. نتایج فرضیه‌های فرعی پژوهش نشان داد که این رویکرد بر روی زنان بیشتر از مردان مؤثر بوده است.

رضایی، یونسی، عسگری و میرزایی (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلابه PTSD ناشی از جنگ و همسرانشان» به نتایج زیردست یافتند: زوج‌درمانی هیجان مدار موجب بالا رفتن میزان استفاده زوج‌ها از الگوی ارتباطی سازنده متقابل و کاهش میزان استفاده آن‌ها از الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل و توقع/ کناره‌گیری شده است. همچنین نتایج نشان داد زوج‌درمانی هیجان مدار باعث کاهش تنش در روابط زناشویی و استفاده بیشتر از الگوی ارتباطی سازنده متقابل شده است.

هنرپروران، تبریزی، نوابی نژاد و شفیع‌آبادی (۲۰۱۰) در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی آموزش رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار بر نارضایتی جنسی زوج‌ها» به این نتیجه دست یافتند که رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار به‌طور معناداری رضایت جنسی زوج‌ها را به‌ویژه در بین زنان افزایش داد.

کشاورز، اعتمادی، احمدی و سعدی پور (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ی اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان سازه‌های شخصی بر رضایت زناشویی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که درمان سازه‌های شخصی بر رضایت زناشویی زوجین شهر تهران مؤثرتر از درمان هیجان مدار است، ولی پس از گذشت ۳ ماه نتایج پیگیری نشان داد که تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

گروه متشکل از زوجین به این خاطر برای همسران بافت مطلوبی است که متوجه می‌شوند مشکلات آن‌ها منحصربه‌فرد نیست. برخی تعارض‌ها بخش لاینفکی از روابط زناشویی هستند و تمامی زوجین باید در برخی حوزه‌ها دست به سازش بزنند (مثلاً پول، فرزندان، روابط جنسی و...)؛ زوجین می‌توانند نحوه‌ی حل اختلاف و چگونگی اجتناب از گسترش تعارض را به یکدیگر بیاموزند. از یک لحاظ گروه‌درمانی زوجین فضای آزادی برای هر کس فراهم می‌آورد تا بتواند انتظارات و توقعات خود را

از زندگی زناشویی و همسرش مطرح سازد و از اعضای دیگر پس‌خوراند دریافت کند. نظام حمایتی مثبت سایر زوجین ازجمله مزایای درمانی مهم گروه زوجین است (Goldenberg & Goldenberg, 2000). احساسات بیان‌نشده دلیل عمده‌ای است بر این‌که زوجین مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند. تخلیه احساسات و خود افشایی بخش مهمی از کار گروهی است که بر میزان کمک دیگران و رفع مشکل فرد تأثیر می‌گذارد.

باوجود رویکردهای متنوع درزمینه‌ی مشکلات زناشویی در دنیای امروز، لازم است که محققین کشورمان ضمن اطلاع از نظریه‌های تدوین‌شده در کشورهای دیگر، آن‌ها را آزمایش و برای کاربرد به مشاورانی که با این مسائل در تماس‌اند، ارائه دهند. رویکرد EFT نیز از آن دسته رویکردهای جدیدی است که مبدع آن Johnson (۲۰۰۲)، در مقاله‌ای آن را انقلابی درزمینه زوج‌درمانی می‌داند. هدف کلی این تحقیق بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار، بر رضایت زناشویی و بهره‌گیری از آن به‌منظور کمک به زوجین برای غلبه بر مشکلات و تعارضات زناشویی و درنتیجه استحکام خانواده و تأمین سلامت روانی افراد آن است. لذا با توجه به هدف کلی فوق فرضیه زیر صورت‌بندی می‌شود:

زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار رضایت‌مندی زناشویی زوجین را افزایش می‌دهد.

روش و ابزار پژوهش

نوع پژوهش حاضر کاربردی بوده و روش آن شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه‌ی زوجین دارای اختلافات زناشویی بود که به مرکز مشاوره‌ی آموزش‌وپرورش ناحیه‌ی دو مشهد مراجعه کرده بودند. ۱۴ زوج از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۷ زوج) و گروه گواه (۷ زوج) قرار گرفتند. ابتدا پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی به‌صورت پیش‌آزمون در مورد هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۲۰ هفته، هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در معرض متغیر مستقل (زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار) قرار گرفت. درنهایت از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد، بعد از اتمام دوره، نتایج پیش‌آزمون با پس‌آزمون مقایسه شد.

ابزار پژوهش: برای بررسی میزان رضایت زناشویی از پرسشنامه‌ی سنجش رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار تحقیق معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورداستفاده قرار گرفت. تهیه‌کنندگان این پرسشنامه اولسون و فرینر[۱] هستند. اولسون این پرسشنامه را برای سنجش رضایت زناشویی طراحی نموده و معتقد است که این مقیاس مربوط به تغییراتی است که در طول دوره‌ی حیات آدمی رخ می‌دهد (به نقل از سلیمانیان، ۱۹۹۴). سلیمانیان (۱۹۹۴) همچنین روایی همزمان پرسشنامه‌ی انریچ بافرم اصلی آن را ۰/۹۵ محاسبه کرد و روایی آن را با پرسشنامه‌ی سازگاری زوجین FAD[۲]، ۰/۹۲ به دست آورد. Olson (۱۹۸۹) پایایی پرسشنامه‌ی انریچ را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش و سلیمانیان نیز با روش آلفای کرونباخ پایایی را ۰/۹۳ محاسبه کرد. این مقیاس شامل ۱۲ خرده مقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، ازدواج و بچه‌ها، بستگان و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت‌گیری عقیدتی است. فرم اصلی پرسشنامه‌ی انریچ ۱۱۵ سؤالی است. از طرفی، سلیمانیان (۱۳۷۳) در یک کار پژوهشی فرم کوتاه ۴۷ سؤالی را در ایران هنجاریابی نموده که ۱۲ خرده مقیاس مذکور را ارزیابی می‌کند. هر گویه‌ی آزمون شامل پنج گزینه است که عبارت‌اند از: کاملاً موافقم (۵)، موافقم (۴)، نه موافق و نه مخالف (۳)، مخالفم (۲)، کاملاً مخالفم (۱). حداکثر نمره‌ی آزمودنی در این پرسشنامه برابر با ۲۳۵ است. ضمناً سؤالات ۴، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱،۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۶ و ۴۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند.

زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار طی ۲۰ جلسه بر روی گروه آزمایشی اجرا شد. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد و فقط بر روی آزمودنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون به عمل آمد.

ساختار جلسات زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار

جلسه اول: خوش‌آمد گویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره‌ی گروهی، آشنایی اعضا با همدیگر، مطرح کردن سؤالات، ابهامات و نگرانی‌های احتمالی اعضا نسبت به جلسات گروهی و راهنمایی‌های مشاور. ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات مشاوره.

۱. Olson & Fournier

۲. Family Adjustment Dyadic

جلسه دوم: تلاش برای ایجاد فضایی امن و تسلی‌بخش باهدف تسریع فرایند تغییر. فراهم کردن فضایی که زوجین بتوانند مشکلات زوجی را چیزی معمولی در روابط زناشویی در نظر بگیرند و بتوانند آن را در گروه مطرح کنند.

جلسه سوم: تلاش برای حفظ و تداوم فضایی امن که به زوجین در دستیابی و برملا کردن پاسخ‌های هیجانی کمک کند. ارزیابی ماهیت مشکل و نوع رابطه. ورود به دنیای تجربی هر همسر و اینکه چگونه هر یک بودن در رابطه را تجربه می‌کنند.

جلسه چهارم: پذیرش و انعکاس تجربیات تعاملی و هیجانی که ازنظر زوجین بی‌اهمیت است و کمتر به آن‌ها اشاره‌شده است. پیگیری و مشخص کردن چرخه‌ی تعاملی منفی‌ای که آشفتگی را نگه می‌دارد. گمانه‌زنی پیرامون آسیب‌پذیری‌ها و نیازهای دل‌بستگی مدار.

جلسات پنجم، ششم و هفتم: مشخص کردن الگوهای تعاملی و پاسخ‌های هیجانی که الگوها را شکل می‌دهند. مشخص کردن اینکه چطور پاسخ‌های هیجانی هر دو زوج، تحت تأثیر ضربه‌ی روانی و ناایمنی‌های دل‌بستگی است. فرضیه‌سازی در مورد موانع دل‌بستگی و درگیری هیجانی. پیگیری و خلاصه کردن تعاملات. انعکاس و وسعت بخشیدن به هیجانات.

جلسات هشتم، نهم و دهم: کشف ترس‌ها و ناایمنی‌های اساسی که ارتباط زوجی را محدود می‌کند (هراس از خود انتقادگری، هراس با مواجه‌شدن با بخش‌های سابقاً انکار شده، هراس از مواجه‌شدن با پاسخ‌های منفی همسر، هراس از تغییرات پیش‌بینی‌نشده در رابطه). کمک به زوجین تا عواطفشان را در جلسه‌ی درمان تجربه کنند. تشویق هر یک از زوجین به درگیری هیجانی و عاطفی با طرف مقابل در جلسه‌ی درمان. تشویق زوجین برای بیان تجارب عاطفی گذشته.

جلسات یازدهم، دوازدهم و سیزدهم: ربط دادن هیجانات اولیه به هیجانات ثانویه. برون‌ریزی هیجانات ثانویه. پرداختن به هیجانات اولیه و قاب گیری مجدد[1] به مشکل. تجربه‌ی هیجانات اولیه. افزایش شناخت پیرامون نیازهای دل‌بسته مدار جذب نشده و جنبه‌هایی از خود که به مالکیت درنیامده‌اند و سپس یکپارچه‌سازی این نیازها و جنبه‌ها با رابطه. کاوش در مسائل درون روانی هر همسر.

جلسات چهاردهم، پانزدهم و شانزدهم: بازسازی تعاملات به سمت اینکه هر یک از زوجین پاسخگوتر باشند. افزایش پذیرش نسبت به تجربه‌ی همسر و راه‌های نوین تعامل گری. کمک به زوجین که به‌طرف

---

۱. Reframing

مقابلشان اعتماد کنند. تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی. باز درگیر شدن زوجِ اجتناب‌کننده. نرم شدن و منعطف شدن زوجِ انتقادگر.

جلسات هفدهم و هجدهم: حمایت درمانگر از هر زوج به‌منظور تلفیق تجربه‌های هیجانی جدید با خود جدید. کمک به تلفیق انواع جدید تعاملات در بستر دل‌بستگی ایمنی که به‌تازگی شکل‌گرفته است. تشویق زوجین به تازه نگه‌داشتن پیوند ایمنشان از طریق توجه به خواسته‌ها و تمایلات یکدیگر.

جلسات نوزدهم و بیستم: تسهیل پدید آیی راه‌حل‌های تازه برای مشکلات قدیمی. تقویت و تثبیت مواضع تازه‌ای که همسران نسبت به هم نشان می‌دهند. استفاده‌ی زوجین از مهارت‌هایشان درزمینه‌ی حل مسئله به شیوه‌ای سودمند. یکپارچه‌سازی تغییرات پدید آمده در اتاق درمان بازندگی حقیقی و بااحساس هر شخص از خویشتن. شناسایی و سپس حمایت از الگوهای سالم و سازنده‌ی تعاملی. کمک به زوجین تا فرایندها را مرور نمایند و تغییرات ایجادشده را ارج نهند. درمانگر همسران را تشویق می‌کند یک داستان تازه پیرامون رابطه بسازند. این داستان شاد دربرگیرنده‌ی تجربه‌ی زوج از فرایند درمان و نیز ادراک جدیدشان از رابطه هست. ابراز احساسات در مورد پایان بخشیدن به جلسات مشاوره‌ی گروهی.

یافته‌های پژوهش

نتایج تحلیل‌های توصیفی گروه‌های موردمطالعه در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در رضایت زناشویی برای گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه‌ها	میانگین		انحراف استاندارد		تفاضل پیش آزمون- پس‌آزمون
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
آزمایش	۱۱۹	۱۲۸/۱۴	۴/۶۲	۷/۵	۹/۱۴
گواه	۱۱۹/۳۵۵	۱۱۹/۸۶	۶/۴۵	۶/۱۲	۰/۵۰۵

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	sig.
پیش‌آزمون	۴۳۳۰/۴۸۱	۱	۴۳۳۰/۴۸۱	۵۱/۵۵۱	۰/۰۰۰
گروه‌ها	۲۸۳/۵۳	۱	۲۳۸۱۷/۲۸۵	۲۸۳/۵۳	۰/۰۰۰
خطا	۲۱۰۰/۰۱۸	۲۵	۸۴/۰۰۲۷		
کل	۷۶۷۲۸۴/۸	۲۷			

با توجه به جدول ۲ نتایج به‌دست‌آمده (F=۲۸۳/۵۳ و sig = ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد بعد از کنترل پیش‌آزمون، بین دو گروه (آزمایش و گواه) اختلاف معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین نتایج آماری حاکی از این است که زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار، تأثیر معنی‌داری بر رضایت زناشویی داشته است.

بحث

بررسی و تحلیل فرضیه‌ی پژوهش بیانگر این مطلب است که برنامه‌ی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار موجب بالا رفتن رضایت زناشویی می‌گردد. نتایج این تحقیق با پژوهش‌های زیادی همخوانی دارد. Johnson و Greenberg (۱۹۸۵a) با مقایسه سه گروه درمان هیجان مدار، حل مسئله و گروه کنترل نشان دادند که درمان هیجان مدار از دو گروه دیگر در افزایش سازگاری و رضایت زناشویی مؤثرتر بوده است. Johnson و Greenberg (۱۹۸۵b) گروه کنترل را نیز تحت درمان قراردادند و همان نتایج تکرار شد. Goldman و Greenberg (۱۹۹۲) سه گروه درمان هیجان مدار، درمان دستگاهی التقاطی و یک گروه کنترل را با یکدیگر مقایسه کردند. نتایج حاکی از برتری هر دو گروه‌درمانی نسبت به گروه کنترل بود اما هر دو درمان اثر مساوی در افزایش سازگاری زناشویی داشتند.

Walker و همکاران (۱۹۹۶) اثربخشی EFT را روی زوجینی که به علت داشتنِ فرزندی با بیماری مزمن تحت‌فشار بودند نشان دادند. EFT حداقل با ۵ تحقیق تجربی ارزیابی‌شده است و مشخص‌شده است که در مقایسه با درمان به‌وسیله‌ی شبه دارو و یا به‌طورکلی عدم درمان، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای باعث بهبود و افزایش رضامندی از رابطه می‌شود (Johnson & Greenberg, 1988).

در یک فرا تحلیل روی درمان‌های EFT، درمان هیجان مدار بسیار اطمینان‌بخش توصیف‌شده است. این فرا تحلیل نشان می‌دهد ۷۰ تا ۷۵ درصد از زوج‌های آشفته پس از گذراندن ۱۰ تا ۱۲ جلسه درمان هیجان مدار، بهبود بسیاری را در روابط زوجی‌شان نشان می‌دهند و عود مشکلات پس از خاتمه‌ی درمان گزارش نشده است. همچنین EFT برای زوج‌های سنتی‌ای که در آن مردان کناره‌گیر هستند و بسیار سخت هیجان‌هایشان را بروز می‌دهند تأثیرگذار است (Johnson, 2004).

Johnson (۲۰۰۲) متذکر شده است اطلاعات فراوانی درباره‌ی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر روی زوجینی که یکی یا هردوی آن‌ها با ضربه‌ی روانی مثل تجاوز، جرائم شدید، بلایای طبیعی و جنگ مواجه شده‌اند وجود دارند. هنرپروران، تبریزی، نوابی نژاد و شفیع‌آبادی (۲۰۱۰)، اثربخشی زوج‌درمانی با

رویکرد EFT را بر روی کاهش نارضایتی جنسی زوجین بررسی کرده‌اند و نتیجه گرفته‌اند که این رویکرد باعث افزایش رضایت جنسی زوجین می‌گردد.

نتیجه‌گیری

بنابراین نتایج این پژوهش که به بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر رضایت زناشویی زوجین پرداخته بود با تحقیقات فوق همخوانی دارد؛ اما تحقیقاتی وجود دارد که اثربخشی EFT را تأیید نمی‌کنند. باوجود تحقیقات زیاد پیرامون EFT که برخی از آن‌ها در بالا ذکر شد هیچ‌کدام از تحقیقات ذکرشده رویکرد EFT را به‌صورت گروه‌درمانی بر روی زوجین اجرا نکرده بودند. با توجه به حضور روزافزون زوجین به مراکز مشاوره نیاز است تا اثربخشی این رویکرد در موقعیت گروه مورد ارزیابی قرار گیرد. اصل بنیادین کار در گروه‌درمانی آن است که گروه کوچکی می‌تواند در حکم عامل تغییر عمل کند و بر کسانی که عضو گروه هستند تأثیر قوی داشته باشند.

به نظر می‌رسد که گردآوری زوجین برای کاربر سر مشکلات زناشویی اولین گام منطقی و مؤثر باشد. فریمو گروه‌درمانی زوجین را شکل نیرومندی از درمان به‌خصوص در مشکلات ارتباطی می‌داند (Goldenberg & Goldenberg, 2000). گروه به فرد اجازه می‌دهد تا نقش‌های گوناگونی را بیازماید و بتواند مشخص کند که کدام‌یک از این نقش‌ها با توانایی‌ها و هدف‌های وی همخوانی دارد، به همین ترتیب زوجین نیز قطعاً می‌توانند مسائل ارزشمندی را در موقعیت گروهی بیازمایند.

به نظر نگارنده آنچه باعث اثرگذاری زوج‌درمانی گروهی هیجان مدار بر رضایت زناشویی می‌گردد این است که در طی جلسات درمانی روابط ناایمن زوجین به یک رابطه ایمن تبدیل می‌شود. این موضوع با قلب نظریه EFT هماهنگی دارد. در زوج‌درمانی هیجان مدار فرض بر این است که میزان امنیت یا نااستواری رشته‌های دلبستگی میان همسران شالوده‌ی رضایت یا نارضایتی زناشویی را تشکیل می‌دهد. درست مانند دوران کودکی، در بزرگ‌سالی نیز پاسخگو نبودن و در دسترس نبودن پیکره‌ی دلبستگی، تولید آشفتگی زناشویی می‌کند و باعث عدم رضایت زناشویی می‌شود. زوجین در جلسات اولیه به علت احساس ناامنی، هیچ‌گونه درگیری هیجانی پیدا نمی‌کردند، آن‌ها به‌جای درگیری، کناره‌گیری را انتخاب می‌کردند زیرا طرف مقابلشان را پاسخ‌گو و در دسترس نمی‌یافتند. همچنان که جلسات پیش می‌رفت زوجین با تأیید و شناخت هیجان‌های خود و همسرشان و ابراز هیجان‌های ثانویه به هیجان‌های اولیه دسترسی پیدا می‌کردند و نسبت به هم احساس امنیتِ بیشتری می‌کردند. به‌عبارت‌دیگر همدیگر را

پاسخ‌گو و در دسترس می‌یافتند. آن‌ها در جلسات پایانی می‌توانستند نیازها و خواسته‌هایشان را بیان کنند و به لحاظ هیجانی باهم درگیر شوند.

بنابراین بر اساس یافته‌های این پژوهش و اثربخشی آن در موقعیت گروهی به درمانگران کمک می‌کنند تا از مزایای گروه‌درمانی در درمان زوجین استفاده نمایند و مراجعین بیشتری را با هزینه‌ی کمتر و اثرگذاری بیشتر ویزیت نمایند و درنهایت به حل مشکلات زوجین و ارتقاء سلامت بنیان خانواده اقدام نمایند.

پیشنهادات:

پیشنهاد می‌شود در یک بررسی و با تحلیل‌های آماری دقیق‌تر اثربخشی درمان هیجان مدار بر سبک دل‌بستگی زوجین به تفکیک جنسیت بررسی شود. استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و در نظر نگرفتن سن، تحصیلات، سابقه‌ی ازدواج و تعداد فرزندان از محدودیت‌های این پژوهش است که‌امید است در آینده پژوهشگران از نمونه‌های همتایی برای ارزیابی دقیق‌تر اثربخشی این شیوه‌ی درمانی استفاده نمایند.

منابع

بشارت،م. ع.، گلی نژاد، م.، احمدی، ع. ا (۱۳۸۲)، بررسی سبک‌های دل‌بستگی و مشکلات بین شخصی. اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره۴،۷۴-۸۱.

حسن‌آبادی، ح.، مجرد، س.، سلطانی فر، ع. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره،۱ (۲)، ۲۵-۳۸.

رضایی، مهدیه: یونسی، جلال: عسگری، علی: میرزایی، جعفر. (۱۳۸۹). تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود الگوهای ارتباطی جانبازان مبتلابه PTSD ناشی از جنگ و همسرانشان. فصلنامه خانواده پژوهی. ۶ (۱). ۴۳-۵۱.

سلیمانیان،ع.ر.(۱۳۷۳). بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با رضایت زناشویی دانشجویان متأهل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت‌معلم.

ضیاءالحق، م. ، حسن‌آبادی، ح.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. و مدرس غروی، م. (۱۳۹۱). تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهی. سال هشتم، ۲۹ (۱). ۴۹-۶۶.

کشاورز افشار، ح. ، اعتمادی، ا. ، احمدی،خ.، سعدی پور، ا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی الگوی مبتنی بر تحلیل سازه‌های شخصی با درمان هیجان مدار بر رضایت زناشویی. فصلنامه خانواده‌درمانی کردستان،۳ (۴). ۶۱۳-۶۳۹.

مظاهری،م. ع. (۱۳۷۹)، نقش دل‌بستگی بزرگ‌سالان درکنش وری ازدواج. مجله روانشناسی، (۳،۴،۵، پیاپی)،۲۸۶-۳۱۸.

ملازاده،ج، منصور،م، اژه‌ای، ج، کیامنش،ع. ر. (۱۳۸۱). سبک‌های رویارو گری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. مجله روان‌شناسی، ۳،۲۷۵-۲۵۵.

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. American Psychologist, 44,709-716.

Babcock, J. c. ; Jacobson, N. S. ; Gottman, J. M. & Yrington, T. P. (2005). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: differences between secure, preoccupied,and dismissing violent and nonviolent husbands. Journal of Family Violence,15 (4).

Banse, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. Journal of social and personal Relationships, 21, 273-282.

Berman, W. H. ; Marcus, L. & Berman, E. R. (1994). Attachment in marital relations. In M. B. Sperling & W. H. Berman, Attachment in adults: clinical and Developmental Perspectives. New York: Guilford.

Besharat, M. A., Golinejad, M., & Ahmaddi, A. (2004). Attachment styles and interpersonal problems. Quarterly journal of psychiatry and clinical psychology (thoughts and behavior), Vol.(4);74-81.

Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. Journal of Adult Development, 12(1), 43-51.

Creasey, G. (2002). Associations between working models of attachment and conflict management behavior in romantic couples. Journal of counseling Psychology,49, 365-375.

Crowleyh, A. k. (2006). The relationship of adult attachment style and interactive conflict styles to marital satisfaction. Doctoral Thesis. Texas A & M University.

Dessaulles, A., Johnson, S. M., & Denton, W. H. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. The American Journal of Family Therapy, 31(5), 345-353.

Dessaulles,A. (1991). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. Unpublished doctoral dissertation. University of Ottawa, Canada.

Dewitte, M. & Houwer, J. D. (2008). Adult attachment and attention to Positive and negative emotional face expressions. Journal of Research in Personality, 42, 498-505.

Donovan, J. M. (2003). Short-term object relations couples therapy: The five-step model. Psychology Press.

Feeny, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship fowers, B. J. (1993). ENRICH marital satisfaction scale: A brief research and clinical tool. Journal of Family Psychology, 7, 176-185.

Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004). (5th Ed). "Family Therapy", Peacock Publishers.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2000). Family Exploration: Personal Viewpoints from Multiple Perspectives: a Workbook for Family Therapy an Overview, Workbook. Thomson Brooks/Cole.

Goldman, A. & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. Journal of consulting and clinical psychology,60, 962-969.

Greenberg, L. & Pavio,S. (1997). Working emotion psychotherapy. New York: Guidford.

Gurman, A. S. & Frankle,P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. Family process, 41, 199-260.

Halford, W. Kim. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. Guilford Press, 2003.

Hasan Abadi, H.; Mojarrad, S.; Soltanifar, A. (2011). Efficacy of emotion focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive emotions couples having extramarital relations. Research in Clinical Psychology and Counseling, 1 (2), 25-38.

Hazan, C & Shaver, P. R (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationship. Psychological Iniquiry, 5, 1-22.

Hazan,C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and Social psychology,52, 511-525.

Honarparvaran, N. , Tabrizy, M. , Navabinejad, Sh. & Shafiabady, A. (2010). The Efficacy of Emotionally Focused Couple Therapy (EFT-C) Training with Reducing Sexual Dissatisfaction among Couples. European. Journal of Scientific Research,pp. 538-545.

Johnson, S. (2004). Emotionally focused couple therapy: creating connection. New York: Brunner-Rutledge.

Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 27(2), 145-155.

Johnson,S. M.,& Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. Journal of marital and Family Therapy, 14, 175-183.

Johnson,S. M. & Greenberg, L. S. (1994). The heart of the matter: perspectives on emotion in marital therapy New York: Brunner/Mazel.

Johnson,S. M. & Greenberg,l. s. (1985a). Diferential effects of problem solving interventions in resolving and marital conflict. journal of consulting and clinical psychology,53, 175-184.
Johnson,S. M. & Greenberg,l. s. (1985b). Emotionally focused study. Journal of marital and Family Therapy: An outcome Therapy, 11, 313-317.
Johnson,S. M. & Whifen, v. E. (1999). Made to measure: adapting emotionally Focused therapy to partness attachment style. Journal of Clinical psychology: Science and practice, 6, 366-381.
Johnson,S. M. & Williams- keeler,L. (1998). Creating heading couples dealing with trauma: The use of relationships for emotionally focused marital therapy. Journal of Marital and Family therapy,24, 25-40.
Keshavarz Afshar, H.; Etemadi, A.; Ahmadi, kh, Sadipoor, A. (2013). Comparison of model-based analysis of the personal constructs of coping with marital satisfaction. Journal of Counseling and Family Therapy, University of Kurdistan, 3 (4). 613-639.
Macphee, D. C., Johnson, S. M., & van Der Veer, M. M. (1995). Low sexual desire in women: The effects of marital therapy. Journal of sex & marital therapy, 21(3), 159-182.
Markman, H.J., Floyd, F (2002). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology ,6,210–217.
Mazaheri, M. A. (2000), The role of adult attachment in marital functioning. Journal of Psychology, (3,4,5, s), 286-318.
Mirgain, S. A., & Cordova, J. V. (2007). Emotion skills and marital health: The association between observed and self-reported emotion skills, intimacy, and marital satisfaction. Journal of Social and Clinical Psychology, 26(9), 983-1009.
Mollahzadeh, J.; Mansour, M.; Ejei, J.; Kyamnesh; A. R. (1381). Styles of confront and marital adjustment in children of Martyrs. Journal of Psychology; 3275-255.
Peleg, O. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: what can be learned from married people over the course of life?. The american Journal of family therapy, 36(5), 388-401.
Priest, J. B. (2013). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. Journal of Couple & Relationship Therapy, 12(1), 22-37.
Rezaee, M., Yunesi, J., Ahmadi, K., Asgari, A., & Mirzaee, J. (2010). The Impact of Emotionally Focused Couple Therapy on Improving Communication Patterns in Combat- Related PTSD Veterans & their Wives. Journal of Family Research 6(1), 15.
Shackelford, T. K., Besser, A., & Goetz, A. T. (2008). Personality, marital satisfaction, and probability of marital infidelity. Individual Differences Research, 6(1), 13-25.
Soleymanian, AR (1994), examines the relationship between irrational beliefs and marital satisfaction in couples. MA thesis. University of Teacher Education.
Walker, J. G., Johnson, S., Manion, I., & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(5), 1029.
Ziaolhagh,M.S;Hasan Abadi, H; Ghanbari Hashemabadi, B.A and Modarres Gharavi M.(2012). The Effect of Emotionally Focused Couple Therapy in Marital Adjustment. Journal of Family Reserch, 8(1);49-66.